令和　　年　　月　　日

京都大学複合原子力科学研究所長

　　　　　団　体　名

　　　　　氏　　　名

京都大学複合原子力科学研究所学術公開参加申し込みについて

下記のとおり申し込みます。よろしくお願いします。

記

１．希望日：

２．団体名：

３．責任者氏名：

４．連絡先：

５．参加者数：　　　　　　名

６. 見学の趣旨（任意回答）：

※希望日の４週前の月曜日までにお申し込みください(電子メール、Fax、郵送)。

※当日は運転免許証など顔写真付きの身分証明書もしくは健康保険証をご持参ください。

※別紙参加者名簿を希望日の１週前の月曜日までにご提出ください(電子メール、Fax、郵送)。

**見学者名簿**

**見学日　　　年　　月　　　日**

団体名：

太線内をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 所属・住所（所属のない方は住所） | 国籍（外国籍の方のみ | 注意事項内容同意 | 訪問先確認 | 立入者証番号車両通行許可証番号 | 本人確認（入所時間） | 返却確認（退所時間） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |